

## Fragebogen Aufmerksamkeitsdefizit(hyperaktivitäts)syndrom (ADHS)

zu versichernde Person : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Partner-Nr. : \_\_\_\_\_

- Bitte Zusatzblatt verwenden, falls der Platz nicht reicht -

**1. An welcher/welchen Erkrankung/en leiden Sie bzw. wie lautet/n die ärztliche/n Diagnose(n)?**

---

**2. Seit wann ist/sind die Erkrankung/en bekannt?**

---

**3. Wie äußert/äußern sich die Erkrankung/en?**

---

---

---

**4. Welche Behandlungen wurden bzw. werden durchgeführt oder sind geplant?**

---

---

Wann und wo finden bzw. fanden die Behandlungen statt?

---

---

Fragebogen AHDS (Seite 2)

**5. Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen (Name, Dosis, Zeitraum)?**

---

---

**6. Welche Förderungen haben Sie erhalten bzw. erhalten Sie (Förderkindergarten/ Förderschule)?**

---

---

Welchen Schultyp in welcher Klasse besuchen Sie bzw. welche Berufsausbildung machen Sie bzw. haben Sie abgeschlossen?

---

**7. Welche Verletzungen erlitten Sie in den letzten 5 Jahren?**

---

---

**8. Welcher Arzt/Therapeut kann am besten zu oben genannten Erkrankungen Auskunft geben?**

Name

Fachrichtung

Anschrift

**Bitte fügen Sie ärztliche oder therapeutische Berichte bei.**

Ort Datum

Unterschrift der zu versichernden Person bzw. der Erziehungsberechtigten

Bitte zurücksenden an

ORTHEY.CONSLT Vers.makler GmbH & Co.KG, Tel. 02662-94560; Fax 02662-945677; [info@orthey.de](mailto:info@orthey.de)